

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 132.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OPÉRATION DE SCHAUTA-WERTHEIM

DANS LE TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 juillet 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges-Victor-Alphonse PEYRIN

EX-INTERNE DES HÔPITAUX DE GRENOBLE

Né à Bois-Colombes (Seine), le 24 septembre 1885.



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6

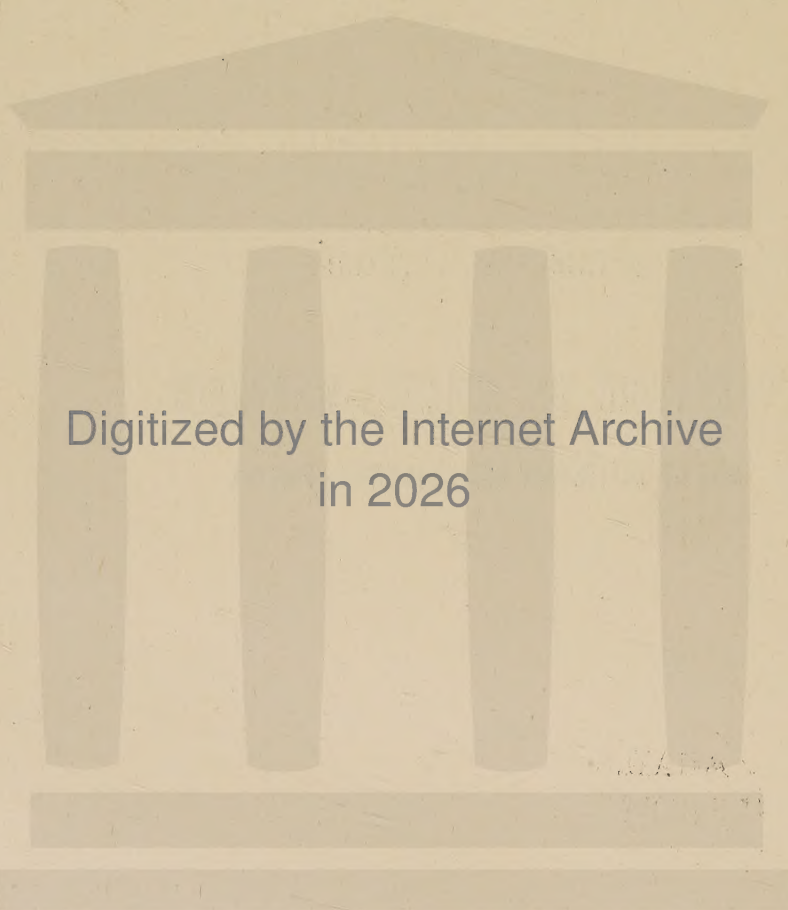
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25

PARIS

1912

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'OPÉRATION DE SCHAUTA-WERTHEIM
DANS LE TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546716_0025

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 132.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OPÉRATION DE SCHAUTA-WERTHEIM

DANS LE TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 juillet 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges-Victor-Alphonse PEYRIN

EX-INTERNE DES HÔPITAUX DE GRENOBLE

Né à Bois-Colombes (Seine), le 24 septembre 1885.



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine 25
PARIS

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.). ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE.
LÉPINE, PIERRET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique médicale	LEPINE (Jean).
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique	CLUZET.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT.
Médecine opératoire	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	LESIEUR.
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique	COURMONT (P.).
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD.	MARTIN (Et.).	BRETIN.	MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	VORON.	THEVENOT.	GUILLEMARD.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	TAVERNIER.	PIERY, Ch...
PATEL.	LATARJET.	CADE.	SAVY, Ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. A. POLLOSSON, Président ; VILLARD, Assesseur ;
MM. VORON et TAVERNIER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage de ma profonde
reconnaissance.

A MES MAITRES

de l'École de médecine et des hôpitaux de Grenoble.

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur A. POLLOSSON

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous le prions d'accepter notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur VIOLET

Chef de la clinique gynécologique de M. le Professeur POLLOSSON

Il nous a donné l'idée première de cette thèse ; il a mis à notre disposition et son temps et sa science. Nous l'en remercions bien vivement.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La thérapeutique des prolapsus génitaux est une question qui a soulevé et soulève encore actuellement de nombreuses discussions entre les auteurs.

En France, l'opération considérée comme opération de choix se compose : 1° d'une hystéropexie ; 2° d'une colporraphie antérieure ; 3° d'une colpo-périnéorraphie postérieure.

En Allemagne, l'intervention qui semble gagner chaque jour du terrain est celle qui fait le sujet de notre thèse : l'opération dite de Schauta-Wertheim et qui consiste dans l'utilisation plastique de l'utérus par inclusion intervésico-vaginale.

Ce nouveau procédé opératoire a suscité déjà en France la thèse du Dr Tirel (Paris, 1901), la thèse du Dr Miguet (Lyon, 1907) avec trois observations prises dans le service de M. le professeur A. Pollosson, un travail de M. Martin dans la *Revue de Chirurgie* de 1908, enfin les publications du Dr Violet, chef de clinique de M. le professeur A. Pollosson (*Revue de Gynécologie*, 1909, *Lyon Médical*, 1911).

Nous pourrions dans notre thèse donner un plus grand nombre d'observations, des résultats de plus longue durée et fixer également de façon plus précise les différents temps de la technique opératoire.

La première idée de cette thérapeutique des prolapsus génitaux revient à Freund (1896), qui tout d'abord l'avait utilisée pour l'oblitération d'une large fistule vésico-vaginale. Dans cette intention, il avait pratiqué une colpotomie postérieure et par la brèche ainsi ouverte, luxé le corps utérin qu'il sutura à la paroi vaginale antérieure au niveau de la fistule. Il se trouvait alors que le col de l'utérus coudé violemment sur le corps ne pouvait plus permettre l'écoulement au dehors des sécrétions utérines. Freund créa donc un nouvel orifice sur le fond de cet organe.

Le résultat ayant dépassé les espérances que Freund avait mises en cette opération, celui-ci appliqua cette nouvelle technique à deux prolapsus.

Mais l'utérus recouvert de son péritoine et inclus dans la muqueuse vaginale se recouvre de granulations et ne parvenant pas à s'épidermiser, s'enflamme et devient la cause d'une suppuration abondante.

Fritsch apporta deux modifications importantes au procédé de Freund : 1° le recouvrement des deux surfaces utérines par des lambeaux de muqueuse vaginale ; 2° la bascule de l'utérus par le cul-de-sac antérieur.

C'est à Wertheim que nous devons l'idée de fixer la matrice dans la cloison vésico-vaginale.

Cependant, Duhrssen, est venu réclamer la paternité du principe de l'utilisation plastique (*Cent. f. Gyn.*,

1901); il rappelle que, par son procédé de vagino-fixation, il cherchait à corriger la saillie vésicale et à interposer le corps utérin comme une pelote organique entre la paroi vaginale et la vessie.

Mais alors faut-il comprendre dans les procédés d'utilisation plastiques toutes les vagino-fixations ?

Ainsi que répond à cette question M. le D^r Violet, dans la *Revue de Gynécologie*, « à priori, la vagino-fixation n'apparaît pas du tout comme une méthode d'utilisation plastique de l'utérus.

« Cette vagino-fixation a été employée surtout dans la cure des rétroversions ; cette utilisation thérapeutique dans laquelle il n'y a rien de commun avec l'utilisation plastique de l'utérus, craint d'égarer le lecteur.

« S'agit-il maintenant de vagino-fixations dans les prolapsus, il faut distinguer si cette fixation porte sur le corps ou sur le col. Si la fixation est faite sur le col, la position que l'on donne à l'utérus est trop loin de celle qui résulte de l'opération de Fritsch-Wertheim pour que l'on puisse les rapprocher.

« S'il s'agit de fixation du corps telle qu'on la réalise dans le premier procédé de Duhrssen, dans ceux de Schauta, de Le Dentu et Pichevin, il faut bien reconnaître que la situation donnée à l'utérus est très voisine de celle que l'on obtient par l'opération de Fritsch-Wertheim. Mais alors, ajoutez à cette opération la stérilisation tubaire après bascule du fond utérin, la remise en place de l'utérus au-dessus de la paroi vaginale et c'est ce que les allemands appellent l'opération de Schauta-Wertheim ».

Cette opération a surtout été l'objet d'études et de

discussions en Allemagne, où elle semble être de plus en plus pratiquée. Nous citerons la discussion sur la thérapeutique des prolapsus à la Société de Gynécologie de Berlin (novembre 1910), à laquelle prirent part Bumm, Mackenrodt, Bröese, Krantz, etc...; dans la presse médicale, Kronig, Heidenhain, Latzko — ; nous citerons encore la discussion qui eut lieu à la Société gynécologique de Vienne entre Wertheim, Löwit, Schauta, Fleischmann, etc., le débat sur la thérapeutique des prolapsus au Congrès international de Gynécologie de Saint-Pétersbourg (1910) ; enfin le rapport du professeur Potocki à la Société obstétricale de France (janvier 1912).

Si l'on se reporte aux statistiques allemandes, c'est par 150, 200 que se chiffrent les interventions publiées, ce qui indique l'ampleur donnée aux indications opératoires dans ce pays. Nous verrons, qu'à la clinique gynécologique de M. le professeur A. Pollosson, au contraire, les indications de l'opération de Schauta-Wertheim sont restreintes à une catégorie bien nette de prolapsus, aussi les résultats s'en ressentent-ils.

CHAPITRE II

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

L'opération de Schauta-Wertheim consiste à basculer le fond utérin par colpotomie antérieure, à inclure et à fixer ce corps utérin dans la cloison vésico-vaginale, disséquée à cet effet. De cette façon l'utérus soutient la vessie et il ne reste qu'à soutenir l'utérus par une bonne périnéorrhaphie.

Nous donnerons comme technique opératoire celle qui est actuellement employée dans le service de M. le professeur A. Pollosson.

Les soins pré-opératoires consistent à réduire le prolapsus et à le maintenir réduit à l'aide de quelques tampons glycerinés, à tenir la malade au lit de manière à faire disparaître au maximum la congestion et l'œdème des tissus.

La patiente étant placée en position gynécologique, on procède à l'aseptisation de la région (lavage à la teinture d'iode dédoublée avec de l'alcool, injection vaginale iodée et chaude). Il faut veiller avec soin à ce détail opératoire, car de lui dépendra pour une grande part le résultat. En effet, la région sur laquelle on va

intervenir est exposée à de multiples souillures (voisinage de l'anus, de l'urèthre). Il sera même indispensable de surseoir à l'opération, si la malade présente des pertes vaginales ou utérines, car des conséquences graves, mortelles même pourraient s'ensuivre.

On évacue la vessie et le volume de l'utérus ayant été au préalable délimité et sa réductibilité vérifiée, on commence comme pour une colporrhaphie antérieure.

L'anesthésie préférée dans le service de M. le professeur Pollosson est la rachi stovainisation qui ne congestionne pas, qui est beaucoup moins shokante que l'éther, avantages sérieux, étant donné l'âge des malades qui subissent en général l'opération.

PREMIER TEMPS : ce col étant amarré et tiré en bas par une forte pince de Museux ; on fait une incision médiane sur la paroi antérieure du vagin commençant à deux centimètres en arrière du méat et allant jusqu'au col de l'utérus. On incise franchement la muqueuse vaginale et le septum vésico-vaginal aponévrotique et c'est de la face interne de cette aponévrose que l'on dissèque la vessie, à droite et à gauche, jusqu'à la paroi latérale du vagin.

DEUXIÈME TEMPS : *Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin après dissection de la vessie d'avec le col utérin.*

Les deux lèvres de la paroi vaginale antérieure disséquées étant écartées, on cherche jusqu'où descend la vessie dans le tissu cellulaire vésico-utérin pour en commencer la dissection. Celle-ci est faite aux ciseaux tout d'abord, puis au doigt et au tampon, si l'on trouve un plan de clivage facile jusqu'au cul-de-sac péritonéal.

Ce repli péritonéal sera incisé sur toute son étendue et repéré du côté de la vessie ; mais avant, il convient de bien dégager les ligaments vésico-utérins qui se présentent bordant de chaque côté cette zone de décollement et de les inciser chacun entre deux pinces. De cette façon on agrandit l'orifice par lequel on va faire basculer le fond utérin, et on permet au col de se porter plus facilement en arrière.

Ce temps peut ne pas être toujours aussi facile. Dans bien des cas, le tissu lâche qui sépare la vessie de l'utérus n'existe pas : il est remplacé par des adhérences très solides.

Normalement, en effet, l'union de la vessie avec l'utérus se présente sous deux types différents.

Ou bien, il existe un tissu cellulaire lâche clivable au doigt entre les deux lames sagittales formées par les ligaments vésico-utérins, ou bien ces ligaments vésico-utérins, au lieu d'être latéraux et symétriques, existent sur la ligne médiane et comblent cet espace.

C'est dans ces cas où de semblables connexions existent entre l'utérus et la vessie, qu'on a, en cas de cystocèle, des adhérences très marquées, difficiles à disséquer sur toute la hauteur de l'espace vésico-utérin.

TROISIÈME TEMPS : *Bascule de l'utérus*. Cette bascule se fait, soit avec le doigt recourbé en crochet derrière le fond utérin, soit avec des pinces saisissant le corps utérin. Cette bascule aisée, dans la moyenne des cas, se trouvera facilitée en repoussant le museau de tanche dans le cul-de-sac de Douglas.

QUATRIÈME TEMPS : *Stérilisation tubaire* ou ablation des annexes si elles sont pathologiques.

Le fond utérin étant basculé dans le vagin comme dans le premier temps d'une hystérectomie vaginale, on vérifie les annexes. S'il existe des lésions tubaires ou ovariennes, on pourra très facilement en faire l'exérèse.

Dans la majorité des cas on laisse les annexes ; mais dans le cas de fertilisation possible, chez toutes les malades qui ont encore des règles régulières, tout en étant au voisinage de la ménopause, il faut pratiquer la stérilisation tubaire par section de la portion isthmique entre deux ligatures et enfouissement sous-péritonéal d'un des moignons. Il faut faire cette section un peu loin des cornes utérines, afin de n'avoir aucun suintement sanglant après la section tubaire.

CINQUIÈME TEMPS : *Fermeture de la cavité péritonéale*.

L'utérus étant fortement basculé dans le vagin, et fléchi en avant, on suture le feuillet péritonéal vésical au péritoine de la paroi postérieure de l'utérus sur la ligne des replis de Douglas. Deux points au catgut sont suffisants. Par cette suture la cavité péritonéale se trouve fermée et la vessie reportée sur la face postérieure de l'utérus luxé.

SIXIÈME TEMPS : *Mise en place et fixation de l'utérus*.

L'utérus est dès lors repoussé tout doucement dans la loge qui lui a été préparée par la dissection de la paroi vaginale. Le fond utérin vient se loger dans cet espace ainsi préparé, au-dessous de la vessie, derrière la sym-

physe ; ses crêtes latérales venant se loger dans les angles de cet espace cruenté, il faut l'y fixer.

Les deux cornes utérines sont fixées séparément aux points correspondants de la paroi vaginale, puis le fond, le milieu du corps utérin, l'isthme, sont tour à tour fixés aux points correspondants de la paroi vaginale antérieure. Quelques points de suture sont ensuite placés sur les deux lèvres vaginales par-dessus l'utérus.

Ce temps de la mise en place et de la fixation de l'utérus est un temps très important et assez délicat. Il faut que l'utérus s'adapte à la loge qui lui a été créée. Les difficultés tiennent au volume de l'utérus, qu'il soit trop gros ou trop petit. Nous donnerons, plus loin, les modifications à apporter à la technique opératoire dans les divers cas qui peuvent se présenter.

SEPTIÈME TEMPS : *Colpo-périnéorrhaphie avec suture des releveurs de l'anوس*.

Ce temps est très important. Comme il s'agit de femmes au voisinage de la ménopause, et chez lesquelles toute grossesse est dès lors condamnée, il ne faut pas craindre de faire des périnées solides ni de trop fermer la vulve.

Il faut donc faire des périnées élevés, mais aussi profonds. Pour les faire élevés, il suffit de fermer la vulve le plus possible ; pour les faire résistants, il faut saisir largement les releveurs de l'anوس avec leur aponevrose, soit par des sutures isolées, soit par une suture en masse prenant en même temps les muscles superficiels du périnée. Pour faire des périnées profonds, il faut réséquer, sur la paroi postérieure vaginale, un

triangle de muqueuse vaginale à sommet supérieur, à base inférieure du côté de la fourchette, puis reconstituer cette paroi postérieure vaginale en prenant très largement les tissus (paroi vaginale doublée de son éponévrose qui n'est qu'une expansion de celle des releveurs de l'anus).

Donc, la réfection du périnée constitue un temps capital de l'intervention, car si l'utérus basculé est destiné à soutenir la vessie, le périnée devient le moyen de contention sur lequel repose tout l'édifice.

En somme, l'opération consiste à : 1° soutenir la vessie prolabée en la plaçant sur le dos de l'utérus ; 2° soutenir l'utérus par la réfection solide du plancher pelvien.

Au point de vue technique, c'est une opération qui, dans la majorité des cas, est simple et facile.

Modifications.

Nous allons maintenant exposer les différentes modifications que l'on pourra être amené à apporter à la technique générale au cours d'une opération de Schauta-Wertheim.

1° L'utérus est trop gros. Nous avons déjà dit que, grâce au repos au lit, à la columnisation, on pouvait diminuer souvent, dans de notables proportions, l'utérus ou le col utérin. Il peut arriver que, malgré tout, l'utérus reste trop gros. Dans ce cas, on a de la peine à le maintenir exactement à la place qu'on lui a préparée

derrière la symphyse ; il a de la tendance ou à tomber un peu trop à la vulve ou à se redresser dans l'abdomen. Dans la première position, la fixation est impossible, dans la seconde elle est mauvaise et expose les sutures de fixation à être tiraillées. Dans ces conditions, on a proposé de réduire le volume de cet utérus.

Deux procédés ont été préconisés :

a) Une amputation oblique du fond utérin, en taillant un biseau aux dépens de la face antérieure de l'organe (Landau) ;

b) Une résection, en forme de coin, du corps utérin ; on pourra la faire porter : *a)* sur le fond utérin ; *b)* sur la face antérieure (Döderlein).

On fait alors une excision, en tranche de melon, ne différant, dans les deux cas, que par la partie de l'organe où elle a été pratiquée. Quelques points de suture assureront l'hémostase qui doit être parfaite (observation XXII, Dr Pellanda).

2° Le col est allongé, hypertrophié, ulcéré.

Ces lésions peuvent exiger une amputation partielle ou totale (Schauta-Fuchs).

« La résection du col a, pour elle, deux raisons, dit Fuchs. Tout d'abord, la suppression des lésions du museau de tanche et en outre la formation, par les points de suture radiaire, ainsi placés, d'une sclérose cicatricielle bienfaisante. »

3° Le cul-de-sac postérieur présente une distension exagérée pouvant indiquer une résection en losange de cette portion du vagin.

Dans l'opération de Schauta-Wertheim, par suite de la bascule du fond utérin en avant, le col va se loger en

arrière dans le cul-de-sac postérieur et dès lors : ou bien un cul-de-sac normal coïncide avec un col hypertrophié, ou bien à un cul-de-sac très développé répond un col normal, ou bien enfin à un cul-de-sac très développé répond un col atteint d'allongement hypertrophique (D^r Violet).

On comprend que, dans ce dernier cas, certains auteurs se soient nettement opposés à l'amputation d'un col qui va soutenir, tendre le Douglas et contribuer ainsi au bon résultat opératoire.

Dans les deux autres cas, au contraire, il sera logique d'amputer un col qu'on aurait de la peine à loger dans un cul-de-sac postérieur peu développé, ou de réséquer un excès de Douglas que rien ne viendrait soutenir.

4° L'utérus est en prolapsus.

Certains auteurs, notamment Wertheim (*in* Kraatz, *Zeitschrift*, Bd 66) conseille, dans ce cas, le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés, qu'on fera après la bascule utérine (3^e temps), avant la fermeture du péritoine. A ce moment, les ligaments utéro-sacrés sont faciles à sentir et à atteindre. On passe un fil de catgut fort, d'une part vers l'extrémité sacrée d'un ligament, d'autre part dans la musculature utérine, on serre les deux chefs de ce fil et le ligament est ainsi raccourci. La même manœuvre sera répétée sur l'autre ligament. A la clinique gynécologique de M. le professeur Pollosson, ce raccourcissement n'a jamais été pratiqué, car les indications du Schauta-Wertheim ne s'appliquent pas à ce genre de prolapsus.

5° L'utérus est trop petit.

On se rend aisément compte qu'il ne soutiendra

qu'incomplètement la vessie prolabée. Se contenter de fixer le corps utérin, alors qu'il n'obture qu'une partie de l'orifice herniaire, alors qu'une partie de la vessie reste non soutenue, c'est s'exposer à une récurrence certaine. Il faut alors compléter l'opération par la dissection aponévrotique sous-vésicale et la suture aponévrotique jusque sous l'urèthre, si l'utérus n'est pas assez long; s'il n'est pas assez large, compléter cette dissection latéralement.

CHAPITRE III

SUITES OPÉRATOIRES. — RÉSULTATS

Les suites opératoires, dans la majorité des cas, sont des plus simples, comme on peut s'en assurer par la relation des observations qui suivent. Les malades quittent l'hôpital du quinzième au vingtième jour.

On observe cependant quelquefois de la rétention d'urine dans les jours qui suivent l'opération, et alors, soit par les cathétérismes vésicaux, que l'on est dans l'obligation de pratiquer, soit comme résultat du traumatisme subi au cours de l'intervention, soit par le mécanisme des ligatures d'artérioles avec peut-être quelques petits points de nécrobiose consécutifs, une cystite légère peut se déclarer. Nous en avons enregistré quelques cas; mais jamais nous n'avons vu cette complication prendre une allure grave.

Quelques opérées perdent leurs urines durant les premiers jours, mais ce symptôme rétrocede rapidement.

Il peut également se former un léger hématome dans la loge vaginale, de préférence lorsqu'on a été dans la nécessité de pratiquer une résection en coin de

l'utérus, mais ceci n'a pas d'autres suites avec une bonne asepsie.

Nous n'en avons jamais observé à Lyon. Dans les statistiques allemandes, on relève quelques cas de suites opératoires fébriles, et même des cas mortels (Lichtenstein).

De même, si lorsqu'on place l'utérus dans la cavité préparée à cette intention, on ne fait pas entre l'utérus et les parois des sutures ne laissant absolument aucun point mort, on pourra avoir de l'infection qui compromettra et le résultat de l'opération et la vie de l'opérée.

Les plaies créées par la périnéorrhaphie pourront également être le siège d'infection et de suppuration.

Il existe d'ailleurs, dans la littérature médicale, quelques cas de mort. Mignet, dans sa thèse, rapporte le cas de Döderlein, qui raconte les faits de la façon suivante : Il s'agissait d'un utérus trop gros qui fut enfermé dans l'espace vésico-vaginal sans être diminué, si bien qu'au troisième jour la patiente mourut de septicémie. A l'autopsie, on trouva un utérus gangréné. Döderlein considère la gangrène utérine comme primitive, due à la mauvaise nutrition des tissus et la septicémie comme secondaire.

Nous croirions plus volontiers à une faute quelconque d'asepsie ayant déterminé une péritonite mortelle avec processus gangréneux : mais nous ne croyons pas qu'il faille mettre ce cas de mort sur le compte de l'intervention.

Depuis, nous avons relevé les deux cas d'obitus de Lichtenstein (*Arch. f. Gynæk.* Bd 88, Ht 2), où à l'autopsie on trouva un hématome collecté entre la vessie et l'utérus, et où on attribua la mort à une embolie.

Parmi les cas que nous rapportons, il n'y a eu aucun décès, et dans la grosse majorité, les suites ont été excessivement simples.

Résultats. — L'opération de Schauta-Wertheim reste donc une opération bénigne. Et ce qui le prouve bien, c'est que le nombre de ces interventions augmente d'année en année, avec des statistiques de plus en plus satisfaisantes.

Le Dr Miguet, dans sa thèse (1907), en rapporte 289 cas. Christides, dans un travail de la clinique de Genève, en a réuni 300 cas.

Voici ce qu'on trouve dans la thèse de Miguet :

Döderlein	79 cas
Schauta	40
Wertheim	16
Fuchs	39
Scharpenack	100
Kronig	13
	289

Depuis, beaucoup de chirurgiens ont pratiqué un grand nombre d'opérations de Schauta-Wertheim et donnent les nombres suivants :

Broesse	44 cas
Wertheim (<i>in</i> Kraatz) ...	197
Schauta	110
Löwit	119
Tikanadse	13
Straatz	4
Cas cités dans notre thèse	23
	312

soit 512 cas. Ce qui donnerait un total de 800 cas environ.

Du chiffre 512 sont à retrancher un certain nombre de cas déjà cités par Miguet, mais en revanche, beaucoup d'auteurs parlent de cette opération sans donner de statistiques (Krönig, Franqué, Fuchs, Stöckel, Lichtenstein, etc.).

En somme, il est très difficile d'évaluer le nombre exact d'interventions pratiquées jusqu'à ce jour.

Voici ce que nous avons relevé, tant au point de vue nombre d'opérations, qu'au point de vue résultats :

Schauta (*Prager med. Wochenschrift*, 1909, n° 41) 110 cas dont 58 revus. Il accuse 47 guérisons complètes (77 %) et 13 guérisons incomplètes.

Kraatz, élève de Wertheim, donne 197 observations, de 1899 à 1907, avec une mortalité de 0,5 pour 100 et 88 pour 100 de guérisons complètes (*Zeitschrift B^d* 66).

Brøese, sur 44 opérées en a revu 32. Il a obtenu 90 pour 100 de guérisons complètes et 93 pour 100 des malades étaient capables de travailler.

Straatz (Utrecht in *Cent f. gyn.*), 4 cas avec 1 récédive.

Lowit (*Centralblatt*, 1911), rapporte 119 cas dont 13 avec résection en coin de l'utérus. Il ne donne qu'une récédive précoce par le corps de l'utérus recouvert de la muqueuse vaginale, 4 mois après l'opération.

Sur les 23 cas dont les observations sont relatées dans notre thèse, il n'y a eu qu'une récédive, encore était-elle partielle. (Observation VIII). Dans tous les cas, le résultat a été parfait. Toutes les opérées ont repris leur travail.

Le toucher vaginal permet de sentir dans la paroi vésico-vaginale le corps de l'utérus ayant subi une légère atrophie, et le col reporté très en arrière dans le cul-de-sac vaginal postérieur.

Il serait difficile à quelqu'un de non prévenu de dire l'opération qu'ont subie les malades et la confusion serait facile avec une hystérectomie sub-totale.

Des 23 cas observés, un certain nombre ont été revus par M. le Dr Violet, d'autres par M. le Dr Pellanda, d'autres par nous-mêmes ; quelques malades n'ont pas pu être examinées à nouveau, mais elles ont répondu par lettre. Toutes nos malades ont été très satisfaites de l'opération, elles ont pu reprendre leur travail parfois extrêmement pénible, elles n'ont jamais présenté de dysménorrhée, comme on aurait pu le craindre du fait de la flexion du col sur le corps utérin. Quelques-unes ont présenté des pertes vaginales, mais jamais de troubles urinaires. Le vagin a conservé des dimensions normales et les rapports sexuels sont possibles.

Les cathétérismes vésicaux qui ont été pratiqués, ont prouvé que la direction de l'urèthre était restée normale, qu'il n'y avait pas de résidu vésical.

A la cystoscopie, on n'a jamais rien constaté d'anormal (Dr Violet), on n'a jamais remarqué de modification (distance pathologique des deux orifices urétraux, bas-fond vésical), qui permette de porter un diagnostic d'anomalie de situation des organes voisins. On aurait pu le craindre, car c'est ce qui se produit, par exemple, dans les rétroversions, les néoplasmes du col, les tumeurs simulant ce qui constituerait une hypertrophie prostatique chez l'homme.

Lorsque les résultats opératoires sont moins bons, ils tiennent à ce qu'il existait de la dislocation utérine contre laquelle on aurait dû lutter, par le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés. Dans ces cas le pessaire parfera la réduction du prolapsus.

Des récidives franches, graves, comme il en a été constaté en Allemagne, nous n'en avons jamais observé. Elles ont pour causes celles que nous donnerons plus loin dans le chapitre consacré aux indications et aussi des fautes opératoires.

Latzko, Wagner, Löwit, Kraatz ont eu de ces récidives et Wertheim, au cours d'une discussion à la Société gynécologique de Vienne, les a attribuées :

1° A un relâchement considérable des plans périméaux ;

2° A l'absence de raccourcissement des ligaments utéro-sacrés ;

3° A la fixation trop basse de l'utérus.

On pourrait ajouter que les mauvais résultats sont dûs surtout, à ce que l'on ne restreint pas suffisamment le champ des indications opératoires.

Il est possible de distinguer trois formes de récidives :

1° *Le fond utérin est en avant.* — Cette variété est due à l'insuffisance de la réfection périnéale ou au défaut de raccourcissement des ligaments utéro-sacrés. Sur ce sujet tous les auteurs sont d'accord (Wertheim, Wagner, Latzko, etc.). L'insuffisance périnéale tient soit à la suppuration soit à une faute opératoire (on n'a pas suturé les releveurs de l'anus).

2° *Le col vient en avant.* — L'utérus est débasculé, il tend à revenir dans la cavité abdominale, il s'est

redressé dans l'axe du vagin et le prolapsus se reproduit, le col en avant. La vessie glisse devant l'utérus par l'orifice herniaire reconstitué.

Cette récurrence tient à ce que les sutures tirillées surtout lorsque l'utérus est gros, ont cédé. Dans ce cas, il ne faut pas hésiter à libérer les attaches aponévrotiques qui relient le col et les parois vaginales. Après cette libération, le museau de tanche se reportera facilement en arrière.

Mais la cause principale de ces récurrences réside dans la dislocation utérine.

Nous n'avons jamais constaté ces faits à la clinique de M. le professeur Pollosson, car chez les jeunes femmes on pratique une hystéropexie, chez les femmes âgées une hystérectomie.

3° *La cystocèle se reproduit en avant ou sur les côtés de l'utérus.* — Nous en avons observé un cas (obs. VIII); Stœkel en a publié plusieurs cas analogues. Grâce à la cystoscopie, il est possible de prédire en quelque sorte la récurrence. On aperçoit dans le miroir des récessus vésicaux qui indiquent une amorce herniaire, donc une récurrence.

Si, avant l'opération on a la précaution de cystoscooper les malades, on peut diagnostiquer ces diverticules vésicaux qui se prolongent en forme de cornes à la partie antérieure des culs-de-sacs vaginaux latéraux, à la face interne des branches descendantes des pubis.

On traitera ces récurrences soit par l'application d'un pessaire lorsque la tumeur sera peu volumineuse, soit, comme le font certains gynécologues par une

intervention qui aura pour but de refouler l'utérus, de le refixer en bonne position et de refaire un périnée résistant.

On pourra même, dans les cas graves, faire une hystérectomie qui sera d'ailleurs rendue difficile par les rapports nouveaux qu'acquièrent les organes pelviens, après un Schauta-Wertheim.

Nous avons maintenant à envisager deux grosses complications susceptibles de se produire après un Schauta-Wertheim.

1° *La gravidité.* — Nous dirons que le Schauta-Wertheim ne devra être pratiqué, en règle générale, que sur des femmes ayant atteint ou dépassé la ménopause et, d'autre part, que grâce à la stérilisation tubaire les chances de fécondation seront pour ainsi dire annihilées.

Il existe cependant, dans la littérature, un cas de grossesse, un seul à notre connaissance, survenu après l'opération de Schauta-Wertheim, malgré la stérilisation tubaire. Il a été rapporté par R. Freund à la Société gynécologique de Berlin, en juin 1910. L'accouchement ne put se terminer spontanément et on fit une cranioclasie sur enfant mort.

2° *La dégénérescence néoplasique de l'utérus* enclavé dans la paroi vésico-vaginale.

Rostorn cite un cas de cancer du col. Stœkel a été sur le point d'inclure un utérus porteur d'un cancer. Heureusement pour le chirurgien le malade avait quelques hémorragies, ce qui attira son attention. Il fit une hystérotomie, grâce à quoi il porta le diagnostic et pu éviter cette faute.

Aussi, dans les cas douteux, lorsqu'on a quelque raison de soupçonner une dégénérescence néoplasique de l'utérus devra-t-on pratiquer, avant toute intervention, une exploration digitale, après dilatation du col avec une tige de laminaire ou un curetage explorateur toujours après dilatation à la laminaire, suivant la méthode préconisée par M. le professeur A. Pollosson.

Au cours même de l'intervention on aura encore la faculté de faire une hystérotomie exploratrice qui renseignera sur l'existence ou l'absence d'une lésion grave de l'utérus.

CHAPITRE IV

INDICATIONS

Les indications de l'opération de Schauta-Wertheim méritent d'être étudiées et discutées d'une façon très précise.

Contrairement à certains chirurgiens qui en font une panacée dans la thérapeutique des prolapsus, nous croyons que cette intervention a des indications qui peuvent entrer en parallèle avec d'autres opérations ayant depuis longtemps droit de cité.

Si l'on lit les statistiques allemandes dans lesquelles on voit un nombre considérable d'opérations de Schauta-Wertheim, on se dit que tous les opérateurs ont voulu essayer cette nouvelle méthode autant pour en chercher les indications et les résultats que pour battre le record de la clinique voisine et, on dirait que l'on a appliqué cette opération à tous les cas de prolapsus. Nous avons été plus discrets puisque, en quatre ans (1^{er} janvier 1909 — 15 juillet 1912), nous relevons 53 cas de prolapsus génitaux dont 39 opérés à l'hôpital et 14 en clientèle (cette statistique résume la pratique de M. le professeur Aug. Polosson et celle de ses assistants).

Sur ces 53 cas nous trouvons :

16 Schauta-Wertheim ;

8 Hystérectomies avec réfection des parois vaginales.

29 opérations conservatrices dont :

8 opérations conservatrices avec hystéropexie ;

3 opérations conservatrices avec fixation utérine par les ligaments ronds ;

15 opérations conservatrices avec restauration simple des parois vaginales ;

3 rectocèles.

Le Schauta-Wertheim n'a donc été appliqué que dans un tiers des cas environ.

I. — La première indication est fonction de l'âge de la malade. En effet, d'après l'âge auquel on a recours à une intervention de prolapsus, on divise les opérations en conservatrices et radicales. Jusqu'à un certain âge qu'il est difficile de fixer exactement, mais qui ne varie que dans des limites très acceptables pour tous les opérateurs, il ne saurait être question de l'opération de Schauta-Wertheim. C'est seulement au delà de 40 ans, de préférence autour de la ménopause, que cette opération doit être pratiquée.

Nous ne saurions comprendre la façon de faire de certains gynécologues allemands qui ne font aucune restriction sur ce sujet ; c'est ainsi que nous lisons dans *Scharpenack* que de telles opérations ont été pratiquées chez des femmes de moins de trente ans.

Chez les femmes jeunes il faut avoir recours aux interventions conservatrices, ou faire prendre patience

aux malades, avec cet excellent moyen d'attente qu'est le pessaire, ou leur faire subir une opération qui tout en les soulageant ne nuira en rien aux organes génitaux, c'est-à-dire conservera toutes les chances de fécondation possible et ne compromettra en rien la marche de l'accouchement.

S'il s'agit de femmes de 35 à 45 ans, la question devient beaucoup plus délicate et les indications opératoires pourront varier à l'infini. Le chirurgien devra faire entrer en ligne de compte l'état de la menstruation, la condition sociale de la malade, le nombre d'accouchements antérieurs. Lorsque la menstruation aura déjà subi des modifications, lorsqu'elle sera devenue irrégulière, lorsque la malade aura plusieurs enfants vivants et que sa condition sociale la mettra dans l'obligation de les élever elle-même et par son travail de subvenir à leur existence, mieux vaudra rendre cette femme valide et capable de soigner ses enfants que de la laisser plus ou moins infirme, sous prétexte qu'elle est susceptible d'en avoir d'autres dont elle ne pourra s'occuper.

Dans tous les cas il faudra bien prévenir la malade des conséquences qui résulteront de l'opération quelle qu'elle soit, qu'on lui proposera, et toujours lui laisser le choix entre une opération inférieure, mais conservatrice, comme l'hystéropexie, et une opération meilleure mais mutilante.

Il est bien entendu, et nous le répétons, que chez une femme jeune, l'opération de Schauta-Wertheim devra toujours être laissée à l'écart.

II. — La deuxième indication a trait à la forme

anatomo-pathologique du prolapsus. L'indication type de l'opération de Schauta-Wertheim se trouve dans les cystocèles. Cela a été une idée géniale que d'utiliser l'utérus comme pessaire pour soutenir les parois vaginales antérieure et vésicale. On sait, en effet, que les grosses cystocèles, les cystocèles avancées, constituent la forme de prolapsus génital la plus difficile à traiter et à guérir. Il y a bien la dissection méthodique de la vessie d'avec le septum vésico-vaginal, la libération et la suture de cette aponévrose sous-vésicale dans les portions résistantes ; mais cette opération idéale qui conduit à la restauration anatomique normale est longue, difficile, chose toujours importante lorsqu'il s'agit de de femmes âgées.

Enfin, dans certains cas, ces soutiens aponévrotiques sont peu résistants, le tissu est de mauvaise qualité ; c'est dans ces cas qu'on est heureux de pouvoir utiliser le fond utérin comme soutien vésical ; c'est principalement dans les cystocèles avec large effondrement dans lesquelles les plans aponévrotiques offrent peu de résistance.

Faut-il l'employer dans toutes les cystocèles ? cystocèles isolées ou associées à d'autres formules de prolapsus ?

Voyons d'abord les cystocèles isolées. Il y a des systocèles qui ne portent que sur la partie tout à fait inférieure de la paroi vaginale antérieure associée à de l'uréthrocèle ou à des lésions du sphincter urétral ; ces faits sont assez fréquents. Ce sont ces malades qui avec de faibles prolapsus ont de l'incontinence d'urine ; c'est une incontinence qui survient dans les efforts, dans

la station debout, la marche, qui disparaît au lit ; à l'examen il y a quelquefois un faible déroulement de la paroi vaginale antérieure. Ces formes de prolapsus doivent être traitées par la colporraphie antérieure basse ; il ne viendrait point à l'idée d'aller chercher d'une autre manière la cure de ces lésions.

La deuxième forme de cystocèle que l'on voit assez souvent : c'est une hernie pure et simple de la vessie au niveau de la paroi antérieure vaginale avec un périnée bien suffisant et un uterus bien soutenu en bonne position ; ce sont des formes qui sont très bien corrigées par des pessaires ; si l'on veut intervenir c'est à la restauration simple des aponévroses sous-vésicales qu'il faut avoir recours. Cette forme de cystocèle s'associe souvent à la rétroversion utérine. Ce genre de prolapsus est une des indications types de la bascule et de l'inclusion intervésico-vaginale du corps utérin. Dans le même temps opératoire on va remédier à la cystocèle et à la rétroversion qui est ici déjà une amorce de prolapsus ou un commencement de prolapsus utérin.

Les associations du prolapsus vaginal avec le prolapsus utérin doivent tenir ici une assez grande place. A ce point de vue, cliniquement, on rencontre quatre sortes de malades :

1° Une grosse cystocèle basse avec déroulement vaginal, l'utérus restant en bonne position ou même en rétro-position ;

2° Des cystocèles hautes avec allongement hypertrophique du col sans abaissement notable du fond utérin ;

3° Des cystocèles franchement associées au prolapsus

utérin ou à la dislocation ultérieure ; l'utérus sort hors de la vulve et une sonde introduite dans la vessie vient presque sur la lèvre antérieure du col ;

4° Il existe des prolapsus n'ayant pas entraîné la vessie et dans lesquels en tous cas le trigone vésical est resté en place. Dans ces cas l'utérus étant tout entier hors de la vulve, la sonde pénètre dans la vessie en suivant sa direction normale.

Dans le premier cas, grosse cystocèle avec utérus en bonne position, c'est là l'indication type de l'opération de Schauta-Wertheim. L'utérus est en bonne position, bien fixé, en position bien élevée ou en rétro-position ; il faut utiliser le corps utérin pour oblitérer l'effondrement de la paroi vaginale antérieure.

Dans le deuxième cas, cystocèle haute avec allongement hypertrophique du col, il faut d'abord amputer le col, disséquer la vessie d'avec l'utérus et une fois le péritoine ouvert, on peut indifféremment faire ou une vagino-fixation, ou une inclusion, suivant le volume de l'utérus et la solidité des aponévroses sous-vésicales.

Dans le troisième cas, cystocèles avec prolapsus utérin, le Schauta-Wertheim peut être indiqué, mais ici c'est une indication relative, c'est-à-dire que chez certaines personnes âgées ou peu résistantes, chez lesquelles il faut une intervention rapide, cette opération est très acceptable. Elle satisfait à toutes les indications, surtout en ajoutant à la technique ordinaire le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés qui doit remédier au prolapsus de l'utérus. Mais il faut bien reconnaître que dans ce cas l'opération rationnelle serait l'hystérectomie vaginale avec réfection des parois du vagin. Par l'hys-

lérectomie on remédie de façon beaucoup plus sûre au prolapsus utérin et on se met à l'abri de toute récurrence de ce côté. Reste la question de la restauration des parois vaginales. Si cette restauration apparaît comme devant donner des résultats, c'est-à-dire si la muqueuse vaginale est doublée d'une aponévrose suffisamment solide, c'est à elle qu'il faut avoir recours. Si au contraire les parois vaginales, et particulièrement en avant, sont très amincies, c'est l'inclusion intervésico-vaginale qui devra être employée. Dans certains de ces cas on peut être pris dans l'alternatif ou de s'exposer à une récurrence du côté de l'utérus en faisant un Schauta-Wertheim, ou de s'exposer à une récurrence du côté de la vessie en faisant une hystérectomie vaginale avec restauration de mauvaises parois vaginales. A côté des cas où l'indication se présente avec une assez grande netteté, il y a des cas limites dans lesquels l'opérateur se décide pour telle opération en s'exposant alors à un certain aléa au point de vue récurrence.

Dans la quatrième forme clinique, il s'agit de prolapsus utérin n'ayant pas entraîné la vessie ; dans ce cas il n'y a aucune hésitation, il faut faire une hystérectomie vaginale, mais pas de Schauta-Wertheim.

On pourrait envisager une cinquième forme clinique dans laquelle l'utilisation plastique de l'utérus serait applicable : c'est la forme dite élytrocéle postérieure ou hernie postérieure. Knauer et après lui, un certain nombre de chirurgiens ont fait l'inclusion du corps utérin dans la paroi postérieure vaginale et ont obtenu de bons résultats. C'est au fond une autre opération, une opération de Schauta-Wertheim renversée. A notre

avis cela peut être un procédé de nécessité chez les femmes âgées et une façon d'aller vite dont il convient de se rappeler, mais théoriquement l'opération qui dans ces cas est indiquée, c'est l'hystérectomie vaginale avec suture des ligaments utéro-sacrés après dissection de la hernie péritonéale ou para-péritonéale.

En plus des formes anatomo-pathologiques des prolapsus, il y a des associations qui commandent sans discussion l'intervention à pratiquer : par exemple cancer et prolapsus, fibrome et prolapsus ; dans ces cas l'hystérectomie s'impose. Si l'on a affaire à de petits myomes utérins, on pourra facilement les énucléer lorsqu'on aura basculé l'utérus dans le vagin. De même en général pour les kystes de l'ovaire ; nous en avons rapporté une observation (n° VIII).

Quant aux associations : métrite du col et prolapsus, ulcération du col et prolapsus, métrite du corps et prolapsus, il sera indispensable de traiter la lésion en quelque sorte aiguë avant d'intervenir pour le prolapsus.

III. — La troisième indication a trait au volume de l'utérus et à sa réductibilité. Il est évident que l'on devra tenir compte du volume de la matrice, puisque c'est elle qui doit combler l'orifice herniaire.

Si elle est trop grosse, on aura recours à une résection en tranche de melon ; si l'excès de volume tient à un état infectieux, on traitera cette affection avant l'opération (repos au lit, columnisation, cautérisation, etc.).

Si la matrice est trop petite, on dissèque plus largement les soutiens aponévrotiques, etc. Nous avons

déjà examiné ces anomalies lorsque nous avons exposé les modifications à apporter à la technique opératoire ; nous prions le lecteur de vouloir bien s'y reporter.

Pour ce qui concerne la réductibilité de l'utérus dont nous avons précédemment laissé entrevoir la nécessité, il faudra avant l'intervention s'assurer qu'il est possible de le ramener en avant. Et pour ce faire nous emploierons l'hystéromètre, suivant le procédé employé dans le service de M. le professeur Auguste Pollosson, c'est-à-dire la réduction sans violence, par le seul poids de l'instrument. Si cette manœuvre déterminait des douleurs vives, on n'hésiterait pas à recourir à l'anesthésie générale.

IV. — La quatrième indication enfin relève de l'état du périnée. Nous savons que l'un des temps essentiels de l'opération de Schauta-Wertheim réside dans une réfection solide du plancher pelvien. Il faudra donc se renseigner sur la valeur des muscles qui sont destinés à soutenir la vessie par l'intermédiaire de l'utérus.

Les releveurs de l'anus seront examinés tout spécialement. C'est à 25 millimètres environ de la vulve qu'on peut saisir entre le pouce et l'index cette sangle des releveurs plus ou moins loin de la ligne médiane. Il arrive fréquemment que ces muscles sont plus développés d'un côté que de l'autre. Quelquefois, ils n'existent pour ainsi dire pas ; ce sont des cas peu favorables, où la récurrence est à peu près fatale. Dans le chapitre réservé à la technique opératoire, nous avons déjà insisté sur ce point et indiqué le manuel opératoire à suivre.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Clinique gynécologique de M. le professeur A. Pollosson. — Due à l'obligeance de M. le docteur Violet, chef de clinique.)

Il s'agit d'une femme R..., âgée de quarante-trois ans, ayant eu cinq enfants.

Diagnostic. — Cystocèle, rectocèle, prolapsus utérin.

Intervention. — 23 août 1905 (VIOLET).

Opération de Schauta-Wertheim. Colporraphie antérieure. Vagino-fixation, périnéorraphie avec suture directe des releveurs de l'anus.

La malade avait surtout un prolapsus antérieur, cystocèle très marquée, avec d'ailleurs des troubles de la miction. Au moment des efforts de toux, l'impulsion se fait sentir surtout en avant. La vulve est déchirée et bâille; à travers son ouverture la cystocèle fait hernie. L'utérus est en rétroversion, le col est à la vulve; la rétroversion est corrigible à la main. Donc prolapsus antérieur.

On décide une opération de Schauta-Wertheim. La colporraphie antérieure a été plutôt triangulaire que losangique. L'angle interne droit a été lâché au cours de l'intervention et, au moment des sutures, difficile à retrouver, ce qui fait que la suture vaginale antérieure n'est pas parfaite. Ligature des trompes de chaque côté. Vagino-fixation par le fond et la face antérieure de l'utérus. Périnéorraphie avec suture directe des releveurs.

Suites simples. — La malade part se sentant très bien. L'utérus est resté en très bonne position, c'est-à-dire exactement perpendiculaire à la pression abdominale, presque couché dans l'axe du vagin et en tout cas parallèle à sa paroi antérieure. A ce niveau la suture de la colporrhaphie antérieure a lâché sur une étendue d'une pièce de 2 francs. La suture superficielle du périnée a lâché un peu au niveau de la fourchette. La suture profonde des releveurs tient bien.

La femme R... a donné plusieurs fois de ses nouvelles. Elle se sent très bien. Pas de troubles de la miction, pas de chute des organes. La menstruation a persisté jusqu'à ce jour sans douleur.

OBSERVATION II

(Service de M. le professeur A. Pollosson. — Due à l'obligeance de M. le docteur Violet.)

Il s'agit d'une femme C. V..., âgée de quarante-deux ans, qui entre pour un prolapsus datant de vingt-quatre ans.

Deux accouchements il y a vingt-cinq et vingt-quatre ans. Tous deux au forceps pour insuffisance de douleurs.

Le premier n'eut point de complication consécutive. Au deuxième, il y eut une déchirure du périnée qui ne fut pas suturée.

Aussitôt après, la malade s'aperçut que son utérus sortait. Depuis cette époque, elle est constamment mal portante, sans être jamais malade à proprement parler. La menstruation est régulière, mais extrêmement peu abondante. Pas de grossesse depuis.

Le prolapsus était peu gênant jusqu'ici. Mais, depuis une violente émotion survenue il y a dix mois, le prolapsus se serait brusquement exagéré, au point de devenir très gênant, et depuis ce moment les règles n'ont plus reparu.

La malade se plaint également de l'estomac, de malaise général, — inappétence, — mauvaise digestion toujours depuis la même époque.

A plusieurs reprises on a essayé de placer des pessaires. Chaque fois on dut les enlever, la malade ne les supportant pas (nausées, etc.).

A l'examen. — Le périnée est largement déchiré, la vulve est béante.

Prolapsus complet avec rectocèle et cystocèle, s'exagérant pendant la toux.

On essaie de placer un gros anneau rond qui est expulsé à un premier effort de toux.

On sent à gauche une masse annexielle du volume d'une mandarine.

Intervention. — 8 octobre 1907 (VIOLET).

Colpotomie antérieure. Incision du péritoine. L'utérus est amené en avant par bascule. On reconnaît la trompe gauche fermée et pleine de liquide, plus petite cependant qu'elle ne paraissait à l'examen. Ablation des annexes gauches. — Fermeture du péritoine. L'utérus ainsi basculé est alors suturé, le fond en bas, dans la paroi vaginale intérieure, dans l'incision de la colpotomie, que l'on referme alors par-dessus lui par des points verticaux. Suture des releveurs. Résection d'un lambeau de muqueuse vaginale en excès. Suture en losange à trois plans.

L'opération terminée, on est en présence d'un périnée solide. On perçoit le corps utérin basculé dans la paroi vésico-vaginal. Le col est perçu au fond du vagin, dans le cul-de-sac postérieur. Le vagin est étroit et sa direction est devenue à peu près horizontale.

Sort le 3 septembre 1907. — Pendant son séjour, la malade a eu peu de douleur à la miction pendant une quinzaine de jours. Revue deux mois après son intervention, elle est avec un utérus en très bonne position, mais paraissant déjà avoir diminué de volume de moitié environ. La vessie est très bien soutenue. La malade se sent très bien.

Revue en mai 1901. — Sensation subjective parfaite. La menstruation a cessé. Lors des efforts il y a un léger déroulement de la paroi vaginale postérieure.

OBSERVATION III

(Service de M. le professeur A. Pollosson. — Due à l'obligeance de M. le docteur Violet.)

Il s'agit d'une femme B. V..., âgée de quarante-six ans.

Mariée. Entrée le 9 décembre 1907.

Six accouchements assez difficiles, le dernier date de cinq ans ; pas de fausses couches, pas de maladies antérieures.

Réglée à dix-sept ans.

La malade vient parce qu'elle souffre des reins.

Quand elle reste longtemps debout, elle sent que quelque chose se déclanche.

Quelques pertes blanches.

La malade perd quelquefois involontairement ses urines dans la journée, surtout depuis deux ans.

Elle dit avoir été déchirée pendant ses accouchements successifs, surtout pendant le dernier ; en tout cas ces malaises datent principalement de celui-là. Elle s'en est aperçue quatre ou cinq mois après son dernier accouchement. A l'examen : vulve très large. Prolapsus de la muqueuse vaginale en avant et en arrière, exagéré par les efforts de toux. Cystocèle assez accusée. Pas de prolapsus utérin. Rétroversion utérine très marquée.

Pas de déchirure du sphincter anal.

Allongement hypertrophique de la lèvre antérieure.

Rectocèle. Le toucher rectal montre que la muqueuse rectale a suivi l'affaissement de la paroi vaginale postérieure.

Releveur de l'anus bien conservé à gauche, beaucoup moins à droite.

Examen cystoscopique. Paroi vésicale supérieure saine, blanche.

Paroi vésicale inférieure rouge, avec de grosses veines en surface ; quelques-unes apparaissent du volume d'une plume de corbeau. Vessie presque totalement rejetée à droite. Col entièrement déformé. La zone urétérale est déformée aussi et les orifices

urétéraux écartés et asymétriques. Hystérectomie : 44 centimètres. Cavity cervicale : 6 centimètres.

Intervention. — 13 décembre 1907 (VIOLET).

On commence par une dissection de la muqueuse vaginale au niveau de la cystocèle, sur une étendue de 3 à 4 centimètres de chaque côté. La musculature vésicale étant disséquée, l'hémotase faite, on se reporte sur la lèvre antérieure du col qu'on ampute sur une hauteur de 3 centimètres. Le tissu cellulaire pré-utérin est clivé au doigt jusqu'à ce qu'on aperçoive le cul-de-sac vésico-utérin.

Les ligaments vésico-utérins sont facilement repérés; saisis entre deux pinces et sectionnés, vu que leur écartement ne permet pas la bascule du corps utérin.

Ouverture du péritoine au niveau du cul-de-sac vésico-utérin. Bascule de l'utérus.

Les annexes sont saines.

Les trompes sont sectionnées au niveau de leur portion isthmique entre deux ligatures.

L'utérus est gros et se maintient difficilement derrière la symphyse.

Fermeture du péritoine par suture du péritoine vésical au péritoine postérieur de l'utérus au niveau de l'origine des ligaments utéro-sacrés.

Remise en place de l'utérus derrière la symphyse.

Fixation de la face antérieure et des cornes utérines de la paroi vaginale antérieure par trois points de sutures, un sur chaque corde et un au milieu du corps utérin.

On a la sensation, cette fixation étant faite, que l'utérus est un peu trop gros, qu'il est obligé de faire le gros dos et qu'il reste au niveau de l'isthme, entre celui-ci et la paroi vaginale, un petit espace mort dans lequel on sera obligé de laisser un petit drain. suture complète du vagin par-dessus l'utérus, sauf en un petit point large comme une pièce de 50 centimes.

Périnéorrhaphie par dédoublement avec suture directe des releveurs de l'anus.

23 décembre. La périnéorrhaphie est très solide, sauf en un

petit point de sphacèle au niveau de la nouvelle fourchette. L'utérus est en bonne antéflexion, mais il s'est produit une légère déflexion depuis l'opération.

La malade a eu de la rétention d'urine qui a exigé un cathétérisme quotidien pendant tout ce temps.

13 janvier. La malade part, allant tout à fait bien et ayant repris ses fonctions vésicales normales. L'utérus est assez bien maintenu en anté-flexion.

Un an après, la malade écrit que, sauf quelques douleurs de reins, elle va tout à fait bien.

OBSERVATION IV

(Clinique gynécologique. — Service du professeur A. Pollosson. —
Due à l'obligeance de M. le docteur Violet.)

M^{me} veuve G..., 35 ans, Lyon, 47, rue Neuve-des-Charpennes.

4 enfants ; accouchement avec déchirure légère du périnée.

Entre dans le service pour :

Grosse cystocèle avec utérus en rétroversion sans grandes lésions périnéales. Lors des efforts la vessie fait une saillie du volume d'un œuf de poule. La malade se plaint de quelques troubles urinaires et souffre des reins.

Le 16 mars 1912, *intervention* (D^r Violet).

Opération de Schauta-Wertheim.

Anesthésie rachidienne. Opération rapide.

Suites normales. — Bon résultat immédiat.

M^{me} veuve G... a été revue 8 mois après avec persistance du bon résultat.

Depuis, la malade a quitté Lyon, mais elle nous a fait savoir par lettre (juillet 1912) qu'elle continuait à travailler sans souffrance aucune et qu'elle était très contente de s'être fait opérer.

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance de M. le docteur Violet.)

M^{me} B..., Le Chatelard, 45 ans, souffrait depuis 14 ans.

Gros prolapsus faisant saillie hors de la vulve, allongement hypertrophique du museau de tanche : simple œdème dû à la gêne circulatoire.

Cystocèle. Utérus en rétroversion.

Périnée déchiré.

Intervention le 12 juillet 1910 (D^r Violet).

Opération de Schauta-Wertheim, après amputation du col.

Périnéorraphie.

Suites sans incidents. — Légère cystite.

Revue un an après (8 juin 1911). La malade est très contente, les règles ont persisté.

États subjectif et objectif parfaits.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le docteur Violet.)

M^{me} F..., 48 ans, de Lorette (Loire).

Gros prolapsus vésical sans trajet herniaire, grosse rectocèle, déchirure périnéale, écartement des releveurs de l'anus.

Intervention : 14 octobre 1910 (D^r Violet).

Opération de Schauta-Wertheim. L'utérus ne suffit pas à combler l'espace sous-vésical; après dissection de la gaine aponévrotique, on place deux points en avant de l'utérus. Dissection en triangle du périnée suivant le procédé de Hégar. Suture des releveurs.

Suites opératoires sans incidents. — Bon résultat immédiat. La malade a été revue un an après par M. le D^r Violet allant très bien.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de M. le docteur Violet.)

M^{me} R..., 61 ans, de Saint-Rambert-en-Bugey.

2 enfants. Chute de matrice il y a cinq ans qui, depuis, s'est aggravée progressivement.

Examen : Gros prolapsus faisant en dehors de la vulve une saillie d'un gros poing. Utérus long de 12 centimètres, très flexible sur l'isthme. Cystocèle considérable : hernie vésicale, qu'on voit se dessiner sous la muqueuse vaginale. Pas de rectocèle.

Intervention le 30 novembre 1910 (D^r Violet).

Schauta-Wertheim. Technique habituelle.

Le col étant très hypertrophié, on en résèque une partie. On termine par une réfection du périnée par le procédé de Hégar.

Suites normales. — La malade a été revue 18 mois après (14 mai 1912), allant très bien.

OBSERVATION VIII

(Clinique gynécologique. — Service de M. le professeur A. Pollosson. — Due à l'obligeance de M. le docteur Violet.)

M^{me} R..., 47 ans, à Romans.

3 enfants, le dernier il y a quinze ans.

Les symptômes du prolapsus sont apparus depuis quelques années, mais depuis deux ans, aggravation manifeste : la malade souffre des reins, est très gênée dans la marche ; troubles urinaïres (émission involontaire d'urine dans les efforts), métrorragies.

Examen le 6 avril 1911. Gros prolapsus faisant au dehors de la vulve une saillie du volume du poing. Ce prolapsus est constitué par l'utérus complètement luxé, augmenté de volume et mesurant 8 centimètres à l'hystéromètre. D'autre part, par la vessie qui a suivi l'utérus et dont les soutiens vaginaux sont relâchés, la sonde ne peut pas être introduite, le prolapsus étant hors de la vulve. On est obligé, pour faire le cathétérisme, de rentrer ves-

sie et utérus. Une fois introduite dans la vessie, la sonde montre que la vessie descend jusqu'au niveau de la lèvre antérieure du col. A ce niveau l'extrémité de la sonde est sentie comme si elle était recouverte par une très faible épaisseur de tissus. De plus, la paroi vaginale antérieure est si mince, que deux doigts introduits dans le vagin permettent de sentir le corps utérin comme à travers une mince feuille de papier. Le douglas a conservé sa profondeur ; le périnée est flasque, mais il n'y a pas de rectocèle.

En somme, prolapsus utérin avec dislocation utérine et cystocèle. D'autre part, la paroi abdominale est très relâchée, le rein droit très abaissé ; il a des signes de ptose généralisée. Par le toucher et le palper combinés, on sent une masse kystique indépendante de l'utérus du volume d'une tête d'enfant, qui doit être un kyste de l'ovaire.

Discussion de l'intervention. — On pourrait discuter chez cette malade une laparotomie dirigée contre le kyste et par la même incision pratiquer une hystéropexie. Mais l'hystéropexie faite dans un premier temps ne permettait plus de faire la cure convenable de cette cystocèle haute. Nous pensâmes pouvoir extraire le kyste par colpotomie antérieure et faire réduire le prolapsus par voie basse avec un Schauta-Wertheim.

Intervention le 8 avril 1911 (D^r Violet). Anesthésie rachidienne.

Incision médiane de la paroi vaginale antérieure avec dissection des lambeaux, dissection de la vessie en avant de l'utérus, ouverture du péritoine, ponction et extraction du kyste, bascule et fixation de l'utérus, on termine par une colpopérinéorraphie postérieure avec suture des releveurs.

Suites opératoires simples. — Réunion par première intention. La malade part au quinzième jour.

La malade a été revue à plusieurs reprises (D^r Violet) : elle va bien. Le prolapsus ne s'est pas reproduit ; le périnée est très solide ; on sent l'utérus en antéflexion forcée.

Deux choses toutefois sont à signaler :

1° Il persiste un peu de cystocèle en avant du fond utérin,

entre celui-ci et la symphyse pubienne. Il aurait fallu à ce niveau pousser plus loin la dissection de la vessie et la restauration de l'aponévrose sous-vésicale;

2° Au point de vue subjectif la malade a encore la sensation d'affaissement et de chute, alors que rien ne sort hors de la vulve.

Malgré tout, la malade se trouvait beaucoup mieux avec un pessaire en berceau que nous lui avons laissé.

Dans ce cas, le résultat n'a pas été parfait, du fait qu'il y avait de la dislocation utérine à laquelle l'opération de Schauta-Wertheim ne remédie pas. Elle empêche seulement l'aggravation en fléchissant l'utérus sur l'axe du vagin. Dans un semblable cas, il serait plus logique de faire une hystérectomie vaginale (prolapsus utérin) complétée par une restauration antérieure (cystocèle).

OBSERVATION IX

(Clinique gynécologique de M. le professeur A. Pollosson. — Due à l'obligeance de M. le docteur Violet, chef de clinique gynécologique.)

M^{me} B... née P. 54 ans, Lyon, 13 accouchements, 1 difficile avec déchirure périnéale, gros prolapsus depuis 20 ans environ ; la malade venait à la consultation se faire placer des pessaires.

A l'examen on constate une *grosse cystocèle* constituée par un déroulement de la paroi vaginale antérieure faisant une saillie du volume d'un citron ; il existe aussi de la rectocèle ; le périnée est éculé et le bombement de la paroi vaginale postérieure est très marqué lors des efforts. Pas d'abaissement de l'utérus ; celui-ci est fixé en rétroposition. La cystocèle est formée par une grosse éventration à travers une mauvaise aponévrose, c'est-à-dire que les doigts sentent très mal le bord interne de cette déhiscence apronévrotique. Vu l'âge de la malade on se décide pour une Schauta-Werheim anesthésie rachidienné. *Intervention* (D^r Violet.)

Le 22 avril 1911, opération très correcte et très satisfaisante, bien que l'utérus fût petit chez cette femme, qui avait dépassé la ménopause. On termine par une réfection du périnée avec suture de releveurs.

Cette malade était porteur de deux hernies inguinales dont on fait la cure pendant la même séance.

Suites opératoires simples.

La malade a été présentée à la Société des sciences médicales deux mois après avec un excellent résultat, tant objectif que subjectif.

Juillet 1912. — Le résultat persiste. La malade est très contente de son opération. Cystoscopie faite par le Dr Violet (rien d'anormal).

OBSERVATION X

(Clinique gynécologique de M. le professeur A. Pollosson. —
Due à l'obligeance de M. le docteur Violet.)

M^{me} R..., 52 ans, Vienne.

Entre à la Charité, le 1^{er} août 1911, pour une « chute de matrice ».

À l'examen on constate une grosse cystocèle avec léger abaissement utérin. L'utérus est de plus en rétroversion. Il existe une rectocèle. *Intervention* le 5 août 1911, (Dr Violet).

Opération de Schauta-Wertheim. Isolement de la hernie vésicale. Ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur. Le corps utérin se montre tout petit, par contraste avec le col qui est volumineux. On bascule le corps utérin à la Schauta ; on le fixe sous la vessie puis on achève la colporrhaphie antérieure. On ne touche pas au col, laissant ainsi *un pessaire de toute la longueur de ce col*.

On se borne à une périnéopraphie très large, très haute : l'utérus est ainsi placé en position très haute.

Les suites opératoires furent simples. — Réunion per primam.

Résultat : La malade a été revue depuis, elle va très bien et au mois de juin 1912 le prolapsus ne s'était pas reproduit.

OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance de M. le docteur Violet.)

M^{me} G... 48 ans, La Bâtie-Neuve (Hautes-Alpes.

Gros prolapsus saillant hors de la vulve. Cystocèle.

Utérus en rétroversion.

Opération de Schauta-Wertheim le 11 août 1911 (professeur agrégé Patel). Coexistence d'une hernie inguinale droite pour laquelle on fit une cure radicale.

La malade a été très rapidement guérie.

Depuis sa sortie de l'hôpital elle ne nous a écrit qu'une fois (février 1912). Le résultat était parfait, d'après la malade.

OBSERVATION XII

(Due à l'obligeance de M. le docteur Violet.)

M^{me} B... 52 ans, Grigny.

Entre à l'hôpital pour une cystocèle avec prolapsus utérin.

L'utérus gros est en rétroversion, et le col est nettement allongé.

Le prolapsus fait hernie à la vulve.

Intervention le 29 août 1911.

Opération de Schauta-Wertheim (professeur agrégé Patel).

Suites opératoires des plus simples. — La malade quitte l'hôpital avec un bon résultat immédiat.

Nous lui avons écrit depuis, mais elle n'a pas répondu.

OBSERVATION XIII

(Service de M. le professeur A. Pollosson. — Due à l'obligeance de M. le docteur Violet.)

M^{me} P..., 53 ans, la Verpillière.

Entre à l'hôpital pour un prolapsus génital dont elle souffre depuis de longues années.

A l'examen on constate une cystocèle avec prolapsus utérin.

L'utérus est en rétroversion et vient à la vulve pendant les efforts.

Cette malade avait porté des pessaires longtemps et avait peine à se décider à une intervention. Mais le pessaire déterminant de la vaginité et une suppuration abondante, la malade accepte l'opération.

Intervention le 29 août 1911 (D^r Violet):

Schauta-Wertheim. L'utérus est petit ; on met deux points aponévrotiques en avant sous la symphyse dans la zone sous-vésicale non comblée par la bascule utérine.

Suites opératoires très simples. — La malade quitte le service vingtième jour avec un très bon résultat. Depuis, elle nous a écrit (juillet 1912) et est enchantée de son opération. Le bon résultat persiste subjectivement et objectivement.

OBSERVATION XIV

(Service de clinique de M. le professeur A. Pollosson, — Due à l'obligeance de M. le docteur Violet.)

M^{me} B... 43 ans, Givors. Prolapsus utérin.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Personnellement n'a jamais fait de maladie. Réglée à 14 ans sans incidents, elle l'a été très régulièrement depuis.

Il y a deux ans la malade a constaté qu'elle avait des mictions très fréquentes en même temps que des troubles généraux : nausées, céphalalgie. Ces symptômes n'ont fait que s'aggraver depuis.

Actuellement, envies fréquentes d'uriner sans souffrances réelles. La malade sent, dans les efforts son prolapsus faire hernie à la vulve. Au toucher, l'utérus est en rétroversion, le col entr'ouvert et la lèvre antérieure allongée.

La paroi antérieure du vagin surtout fait saillie hors de la valve et dans la toux entraîne l'utérus.

Intervention le 9 novembre 1911. D^r. Violet).

Opération de Schauta-Wertheim. Technique habituelle.

Suites opératoires sans incidents. — La malade sort de l'hôpital au vingt-cinquième jour parfaitement guérie. En juillet 1912 elle a écrit au D^r Violet : le bon résultat s'est maintenu.

OBSERVATION XV

(Service de M. le professeur Poncet. — Due à l'obligeance de M. le docteur Violet.)

M^{me} C... 51 ans, à Montchat (près Lyon).

Réglée à 11 ans 1/2. Plusieurs atteintes de rhumatisme chronique. A eu 5 enfants, tous vivants.

Au deuxième accouchement, déchirure du col ; depuis abaissement de l'utérus. Dix ans après le cinquième accouchement (1910), M^{me} C... ressent une pesanteur au bas-ventre ; puis à l'occasion d'un effort les symptômes du prolapsus s'accusent : troubles urinaires, difficulté de la marche et douleurs dans la station debout ; difficultés et douleurs pendant le coït.

La masse prolabée hors de la vulve a la grosseur d'une orange. La malade ne peut plus faire son travail ; ses douleurs s'accroissent au point, dit-elle « que la vie n'était plus supportable dans ces conditions ».

Coexistence d'une hernie ombilicale bien tolérée.

M^{me} C... entre dans le service du professeur Poncet le 12 février 1912.

Le 15 février *intervention* :

1^o Amphlectomie (D^r Leriche).

2^o Opération de Schauta-Wertheim (D^r Violet assisté du D^r Leriche).

Technique habituelle.

Suites opératoires simples. — La malade sort de l'hôpital un mois après avec un très bon résultat immédiat.

La malade est revue au mois d'avril. Elle se dit très contente de l'opération. Les douleurs ont disparu, ainsi que les troubles urinaires. Quelques pertes blanches.

Le 4 juillet 1912, il nous est permis d'examiner à nouveau M^{me} C...

Le bon résultat s'est maintenu ; la malade vaque à ses occupations comme auparavant.

On pratique un toucher vaginal : on sent l'utérus petit et ayant conservé les rapports artificiels qui lui ont été donnés lors de l'intervention.

Aucune difficulté pour le coït.

Les pertes blanches existent toujours.

La cystoscopie (D^r Violet) ne révèle rien.

OBSERVATION XVI

(Clinique gynécologique. — Service de M. le professeur A. Pollosson —
Due à l'obligeance de M. le docteur Violet.)

M^{me} B... 60 ans, Lyon, 120, rue de Sèze.

La malade n'a eu qu'un enfant ; accouchement facile, sans déchirure périnéale. Elle entre dans le service le 12 février 1912, souffrant depuis quatre mois environ de troubles urinaires consistant en des envies fréquentes d'uriner avec impossibilité de la miction, pesanteur au périnée, marche difficile, douleurs lombaires.

A l'examen, on constate une cystocèle avec prolapsus utérin dépassant la vulve et de la grosseur d'une mandarine. La malade présente également un allongement de la lèvre antérieure du col utérin et l'utérus est en rétroversion.

Le 16 février, *intervention* (D^r Violet). Anesthésie rachidienne.

Suites opératoires excellentes. — La malade sort guérie au vingt-deuxième jour.

M^{me} B... est revue le 4 juillet suivant ; elle se dit très satisfaite. Les douleurs n'ont pas reparu, elle urine normalement.

Un toucher vaginal pratiqué montre que le prolapsus ne s'est pas reproduit.

La cystoscopie ne laisse rien voir d'anormal.

OBSERVATION XVII

(Service de M. le professeur A. Pollosson.)

M^{me} Marie D..., 61 ans, Lyon.

Trois grossesses. Déchirure du périnée n'intéressant pas le sphincter anal.

Entre dans le service pour un prolapsus qu'elle a constaté depuis longtemps.

A l'examen on constate en effet un prolapsus utérin qui est très marqué.

L'intervention est pratiquée le 26 mars 1912 par le docteur Pellanda, sous rachinococaïnisation. Opération simple, pas d'adhérences annexielles. On pratique le Schauta-Wertheim suivi d'une périnéorrhaphie postérieure.

Suites opératoires excellentes. — Pas de suppuration, réunion parfaite.

La malade est revue à la fin du mois de juin (D^r Pellanda). Le résultat paraît bon. Il faut noter toutefois que l'intervention ne date que de trois mois.

OBSERVATION XVIII

(Due à l'obligeance de M. le docteur Violet)

X..., 72 ans, 20, cours Charlemagne, est atteinte d'un gros prolapsus depuis plusieurs années, prolapsus qu'on maintient par des pessaires en gimblette. Ce prolapsus est constitué par une grosse cystocèle avec allongement de la lèvres antérieure du col, abaissement utérin.

Le Douglas fait également hernie et le cul-de-sac postérieur déborde la lèvre postérieure du col. La vulve est très large, le périnée effondré, on peut introduire très facilement le poing dans le vagin.

Ce prolapsus, assez bien maintenu jusque-là par des pessaires, offrit par la suite des ennuis nombreux. Pour obtenir une con-

tention suffisante, il fallut employer des pessaires de plus en plus gros ; à deux reprises on avait dû endormir la malade pour sortir l'anneau qui déterminait une suppuration abondante. D'autre part, malgré les pessaires la malade perdait ses urines.

La malade réclamait une intervention qui depuis longtemps lui était refusée à cause de son âge avancé ; mais devant toutes ces infirmités on songe à la possibilité de faire un Schauta-Wertheim, opération rapide et qui donnerait un résultat suffisant.

Intervention le 5 mai 1912 (Dr Violet). Anesthésie à l'éther.

Technique habituelle. La dissection vésicale est un peu délicate en raison de l'allongement hypertrophique du col, l'utérus est fibromateux ; énucléation d'un myome de la grosseur d'une noix, fixation de l'utérus sous la vessie. Colpopérinéorraphie avec suture des releveurs. Durée de l'opération : vingt minutes. Réunion par première intention. La malade sort au quinzième jour. Elle a très bien supporté cette intervention ; elle se déclare depuis très satisfaite. Objectivement et subjectivement le résultat est parfait ; il date exactement de deux mois et demi.

OBSERVATION XIX

(Service de M. le professeur A. Pollosson.)

M^{me} M..., 53 ans, de Jallieu.

Deux accouchements.

La malade vient pour un prolapsus utérin.

A l'examen le col vient à la vulve d'où il sort un peu. La cystocèle n'est pas très marquée ; la malade accuse de la coccygodynie.

On note un écoulement du périnée.

On discute de l'intervention à pratiquer. Faut-il faire une hystéropexie ou un Schauta ?

L'intervention est pratiquée, le 13 mai 1912, sous rachinovecocaïnisation par M. le professeur Aug. Pollosson. On fait un Schauta-Wertheim avec réfection du périnée.

Suites opératoires normales. — La malade donne de ses nouvelles deux mois après l'intervention, accusant un bon résultat.

OBSERVATION XX

(Due à l'obligeance de M. le docteur Pellanda.)

M^{me} F..., 37 ans.

Un accouchement à 30 ans.

Femme grande, forte ; ptose marquée.

La malade a constaté ce prolapsus depuis dix ans ; à l'examen on trouve une cystocèle volumineuse, une rectocèle peu volumineuse, l'utérus paraît gros et douloureux et fixé à gauche.

L'intervention est pratiquée en décembre 1911. Anesthésie à l'éther. Le Schauta-Wertheim est difficile du fait du volume utérin (on trouve en outre un noyau fibromateux, de la grosseur d'une noisette, pédiculé, qu'on résèque) ; difficile également du fait d'adhérences annexielles gauches. L'utérus s'abaissait peu et l'on notait un peu d'hypertrophie du col avec une augmentation de volume de la lèvre antérieure légèrement tapiroïde. On pratique la résection première de cette lèvre, suivie de stomatoplastie, puis Schauta et enfin périnéorrhaphie postérieure.

Suites opératoires. — Bonnes malgré une suppuration vaginale abondante.

Cette malade revient nous voir en juin 1912, L'état local paraît satisfaisant. Ce qui frappe surtout l'opérée, c'est la disparition des tiraillements, des douleurs dans le flanc gauche, qui provenaient sans doute des adhérences annexielles.

Il faut ajouter que chez cette malade le port de l'anneau avant l'intervention supprimait bien la cystocèle, mais laissait persister les douleurs.

OBSERVATION XXI

(Due à l'obligeance de M. le docteur Pellanda.)

M^{me} R..., 70 ans.

Très jeune d'allure. Deux grossesses. Déchirure périnéale non suturée (n'ayant pas intéressé le sphincter). A l'examen on note une cystocèle pure, très peu de rectocèle. L'utérus paraît peu volumineux avec une antéflexion modérée.

L'*intervention* est pratiquée en mai 1912 sous rachinovocaïnisation : Schauta-Wertheim et périnéorraphie.

Suites opératoires excellentes. — La malade est revue en juillet ; le résultat paraît excellent. La réunion avait été parfaite sans aucune suppuration et il semble que la cicatrice antérieure (recouvrant l'utérus) se soit rétractée, comme *froncée* et qu'elle attire de ce fait le col en avant. Il semble même que le col, laminé pour ainsi dire, entre le plan vésico-utérin résistant et le *néopérinée* également solide, ait tendance à s'allonger. On a chez elle une ébauche d'allongement de la lèvre antérieure. Le plan vésical est très solide et le corps utérin très difficile à distinguer.

OBSERVATION XXII

(Service de M. le professeur A. Pollosson.)

M^{me} C..., 41 ans, Lyon.

Quatre accouchements. Au cours du troisième, déchirure du périnée, qui fut suturé.

Vient pour un prolapsus.

A l'*examen* on note en effet un prolapsus utérin, l'utérus paraît un peu gros.

Le 17 mai 1912, l'*intervention* est pratiquée par M. le docteur Pellanda sous rachinovocaïnisation. Schauta-Wertheim avec résection, portant sur le fond d'une tranche utérine à cause du volume de l'utérus. Malgré cela, l'utérus une fois baseulé est trop gros et on a de la peine à le faire tenir dans cette loge. On complète par la réfection du périnée.

Suites opératoires normales. — Bon résultat immédiat.

On n'a revu la malade qu'une fois, un mois après l'opération.

OBSERVATION XXIII

(Service de M. le professeur A. Pollosson.)

M^{me} G. P..., 50 ans.

Vient pour un prolapsus utérin qu'elle porte depuis longtemps.

A l'examen, grosse cystocèle avec prolapsus utérin formant hors la vulve une tumeur du volume du poing.

Intervention le 31 mai 1912 par M. le professeur Auguste Pollosson sous rachinococaïnisation. Schauta-Wertheim sans qu'on puisse recouvrir avec la muqueuse la totalité du corps utérin. Périnéorraphie postérieure avec incision en croix et résection partielle des lambeaux supérieurs. Le résultat immédiat est bon.

CONCLUSIONS

I. — L'opération dite de Schauta-Wertheim, qui consiste dans l'utilisation plastique de l'utérus par inclusion intervésico-vaginale, mérite de prendre place dans la thérapeutique des grands prolapsus génitaux.

II. — Cette opération consiste : 1° à soutenir la vessie en la plaçant sur la face postérieure de l'utérus basculé et fixé dans la paroi vésico-vaginale ; 2° à soutenir l'utérus par la réfection solide du plancher pélyvien.

III. — C'est une opération simple, très bien réglée, et rapide. — L'hystérectomie vaginale est beaucoup plus traumatisante ; l'hystéropexie apparaît comme beaucoup plus grave, surtout chez les femmes à parois abdominales grasses, comme cela arrive souvent autour de la ménopause.

IV. — Théoriquement et d'après sa conception pathogénique, l'opération de Schauta-Vertheim présente des indications assez précises.

Elle ne peut entrer en concurrence avec les opérations dites conservatrices (fixations, restaurations, etc.), qui conservent leurs indications chez les femmes jeunes. Notre opération étant mutilante doit être comparée

aux opérations radicales. Elle s'adresse de préférence aux grosses cystocèles avec peu ou pas de prolapsus utérin. Dès que l'utérus forme la plus grosse partie du prolapsus, l'hystérectomie avec résection des parois vaginales recouvre tous ses droits.

V. — Toutes les méthodes actuellement préconisées contre le prolapsus donnent un certain pourcentage de récidives. L'opération de Schauta-Wertheim est une de celles qui en donnent le moins. Ceux des auteurs qui en ont la plus grosse expérience donnent 88 pour 100 de guérisons durables. Les insuccès sont dus soit à l'insuffisance de la résection du périnée, soit à l'extension trop considérable des indications de l'opération, et nous croyons qu'en restant dans les indications que nous avons formulées, il y aura de moins en moins de récidives.

VU :

Le Président de la Thèse,

A. POLLOSSON.

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 16 juillet 1912.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ASCH. — *Archiv. f. Gynækol.*, Bd XXXI, 1889.
- BORDIER. — Supériorité des opérations sur le vagin et d'une nouvelle opération, en particulier dans le prolapsus utérin. Thèse Bordeaux, 1893-1894.
- BRÆSE. — *Zeitschrift*, Bd 66.
- BUCASA. — *Zeitschrift. f. Geb. u. Gyn.*, Bb XLV, z. 422.
- CRISTIDES. — *Central.*, 1910.
- DÖDERLEIN-KRONIG. — Opérat. *Gynæk.*, Leipzig, 1905, z. 263.
- DOLÉRIE. — *Nouvelles archives d'obst. et de gynéc.*, 25 février, 1899.
- FRANQUÉ. — Traitement chirurgical de la rétroversion. *La Gynécologie*, p. 17. *Monatschrift*, 1910.
- FREUND (H.-W.). — Über moderne prolapsoperationen. *Central. Gyn.*, 1901, z. 441.
- FREUND (W.-A.). — Naturforscherversammlung. Frankfurt, u. *Centralblatt f. Gyn.*, 1896, n° 40.
- FRITSCH (H.). — Prolapsus, opération. *Central. f. Gyn.*, 1900, n° 2.
- FUCHS (H.). — Über eine neue Methode der Cervix-Verküsung mit Echaltung der vaginalportion. *Hegars Beits.*, Bd 3, H. 3.
- JOYEUX. — Traitement des prolapsus génitaux par l'hystéropexie. Thèse Lyon, 1894-95.
- KRAATZ. — *Zeitschrift.*, Bd 66.
- KRÖNIG. — *Archiv. f. Gynæk.*, 1911, Bd 92.
- LATZKO. — *Central. für Gynækol.*, n° 46.

- LEFORT. — *Bulletin de Thérapeutique*, 30 avril 1897.
- LICHTEUSTEIN. — *Archiv. f. Gynæk.*, Bd 88, H. 2.
- LÖWIT. — *Centralblatt*, 1911.
- MIOUT. — Thèse Lyon, 1907.
- POLK. — *Americ. j. of. Obstet.*, 1896, p. 606.
- POLLOSSON (A). — *Revue de Gynécologie*, 1905. *Lyon Médical*, 1906.
- POTOCKI. — Rapport à la Société obstétricale de France, janvier, 1912.
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*.
- SCHARPENACK. — *Central. f. Gynæk.*, 1907, n° 36.
- SCHAUTA. — *Prüger med. Wochenschrift*, 1909, n° 41. *Gynækol Rundschau*, 1909, H. 20.
- STOECKEL. — *Archiv. f. Gynæk.*, Bd 91.
- STRAATZ. — Utrecht. in *Zeits. f. Gyn.*, 1909.
- TIREL. — Thèse Paris, 1901.
- TIKANADSE. — In *Centralblatt*.
- TRÉLAT. — Clin. chirurg. Paris, 1891, art. Prolapsus.
- VIEUX. — Thèse 1906.
- VIOLET (H.). — *Lyon chirurgical*, 1909. *Lyon médical*, 1911. *Revue de Gynécologie*, 1909. Congrès de Toulouse, 1910.
- WAGNER. — Cliniques de Rostorn.
- WERTHEIM. — *Centralblatt f. Gyn.*, 1899, n° 1. *Centralblatt f. Gyn.*, 1911. In *Kraatz. Zeitsch.*, Bd 66.

